维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 2001 年第 10 卷第 1 期
Chin J Regional Anat & Operative Surg,2001,Vol.10,No.1

青少年高度近视的矫正视力

李中国 * 韩殿冰 **

高度近视是青少年屈光不正中对视力影响最严重的眼病之一,其矫正视力的好坏是个十分重要的问题。为探讨高度近视和矫正视力的关系,对青少年 472 例 838 只高度近视眼的矫正视力的结果作简要分析,现报告如下。

一、临床资料

1.一般情况:1991 年至 1997 年间来我院门诊验光的患者,年龄在 10~34 岁,一眼或双眼在 -6.00D 以上者,无主观选择均在本分析范围。

2.检查方法:12 岁以下者用 1%阿托品眼膏每日三次,连续放瞳 3 天;13 岁以上者用复方托品酰胺眼液,验光前每隔 10~15 分钟点眼 1 次,共计 4 次,瞳孔放大后用检影法验光,并做眼底检查,除外其它眼底疾患。散瞳前查裸眼视力,在散瞳后待其调节功能完全恢复以后对屈光度和散光轴做适当调整,取最佳矫正视力。

3.性别和年龄:男性 218 例(占 46.19%),女性 254 例(占 53.81%)。年龄在 10~14 岁 46 例(占 9.75%),15~19 岁 86 例(占 18.22%),20~24 岁 112 例(占 23.73%),25~29 岁 124 例(占 26.27%),30~34 岁 104 例(占 22.03%)。

4.屈光度和近视类型:在本组 838 只眼中,单纯性近视有 495 只眼(占 59.07%),复性近视散光 343 只眼(占 40.93%)。最高柱镜 -4.50D,最近 -0.50D,循规性散光者 277 只眼(占 80.76%),反循规性散光 66 只眼(占 19.24%),循规性与反循规性之比为 4.20:1。为了便于统计,将散光度数转换成 1/2 等效球镜度数,本组屈光度最近 -6.00D,最高 -18.00D。

5.视力记录:本文病例的矫正前后视力均以缪氏对数视力表检查记录。

二、结果

1.屈光度与年龄:本组 472 例中 -6~-8D 为最多共有 318 例(占 67.37%),其次是 -9~-10D 者计 119 例(占 25.21%),-11~-18D 最少,只有 35 例(占 7.42%)。从年龄来看,20 岁以下者有 132 例(占 27.97%),经统计学处理与 20 岁以上者相比有显著性差异($P<0.001$)。屈光度在 -11D 以上 20 岁以下者只有 4 例(占 3.03%),而 20 岁以上者有 31 例(占 9.12%),这表明近视程度随年龄的增加而加深,见表 1。

表 1 屈光度与年龄

屈光度(D)	10~14 岁	15~19 岁	20~24 岁	25~29 岁	30~34 岁	合计(%)
-6~-8	39	67	75	78	59	318(67.37)
-9~-10	7	15	30	30	37	119(25.21)
-11~-18		4	7	16	8	35(7.42)
合计(%)	46(9.75)	86(18.22)	112(23.73)	124(26.27)	104(22.03)	472(100)

2.屈光度与裸眼视力:本组 838 只眼的裸眼视力均在 4.3 以下,其中≤4.0 者 576 只眼(占 68.74%),4.1 者 142 只眼(占 16.94%),4.2 者 79 只眼(占 9.43%),4.3 者 41 只眼(占 48.9%),见表 2。

表 2 屈光度与裸眼视力

屈光度	-6D	-7D	-8D	-9D	-10D	-15D	-18D	合计(%)
≤4.0	97	134	106	103	66	49	21	576(68.74)
4.1	69	32	18	15	8			142(16.94)
4.2	38	20	10	7	4			79(9.43)
4.3	19	10	6	6				41(4.89)
合计	223	196	140	131	48	49	21	838(100)

3.屈光度与矫正视力:由表 3 看出,矫正视力≤4.4 或≤4.6 者眼数随屈光度数的增高而增加,矫正视力≥5.0 者的眼数

* 作者单位:276200 山东省蒙阴县省地矿局第七地质勘察院职工医院
** 山东省潍坊市解放军 89 医院普外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

随屈光度数的下降而增加，说明高度近视的屈光度愈高，矫正视力愈差、反之、屈光度愈低矫正视力愈好。

表3 屈光度与矫正视力

屈光度(D)	-6D	-7D	-8D	-9D	-10D	-15D	-18D	合计(%)
≤4.4			2	8	11	8	12	41(4.89)
≤4.6	6	4	8	18	19	13	9	77(9.19)
≤4.8	15	16	29	36	21	25		142(16.94)
≤5.0	36	48	39	45	13	3		184(21 96)
≥5.0	166	128	62	24	14			394(47.02)
合计	223	196	140	131	78	49	21	838(100)

三、讨论

1.凡近视屈光度在-6.00D以上者称为高度近视或病理性近视，它是严重损害视功能的一种常见病，在近视患者的发病率为2%、且有增加趋势。导致高度近视眼底病理性改变的基本因素是巩膜伸展性改变使眼球扩展，眼轴前后径变长。所以，近视度数愈高，眼轴前后径愈长，眼底改变就愈严重、视力和矫正视力就愈差。本文资料也证实了这一点。

.2.本文资料显示，85.68%的高度近视裸眼视力在≤4.1、通过散瞳验光，绝大多数矫正视力有不同程度的提高。矫正视力≥5.0者，在-6～-8D的559只眼中有356只眼(占63.69%)、在-9～-10D的209只眼中有86只眼(占41.15%)，而在-11～-18D的70只眼中无一只眼。说明屈光度在-6～-8D的近视眼中大部分矫正视力可正常，而屈光度大于-11D以上者矫正视力基本不能正常。因此、可把屈光度在-6～-8D视为轻度高度近视；-9～-10D视为中度高度近视；-11D以上者视为重度高度近视。轻度高度近视矫正视力良好、中度高度近视次之、而重度高度近视矫正视力最差。

3.本文轻度高度近视中眼底一般无明显改变，即使有也较轻。而重度高度近视则普遍出现了眼底改变，主要有黄斑病变(结构紊乱、费克氏斑、出血等)，后巩膜葡萄肿及视网膜退行性变，因而重度高度近视的矫正视力大多不能让人满意。所以，要高度重视近视对视功能的损害、积极寻求防止高度近视屈光度增加的方法，以控制眼底病变的发生和发展。

参 考 文 献

1.袁南菱，王超英、刘世钺，等.高度近视后巩膜葡萄肿的临床研究.中国实用眼科杂志，1996，12：13.

(收稿：2000-09-14)

椎管内常见肿瘤80例MRI诊断分析

李 萍* 焦景芳* 武国宏*

为探讨MRI诊断椎管内肿瘤的价值，回顾我院从1996年12月至1998年12月开机以来，对80例椎管内肿瘤MRI表现进行分析。

一、材料与方法

本组80例患者中，男性38例，女性42例。年龄为8～76岁、平均年龄为42.5岁，病程2～12个月以上、临床表现出现先后不同症状，肢体麻木，无力，腰背痛。晚期可出现下肢截瘫，大小便障碍。本组病例均采用安科AMS016PMRI扫描机矩阵为256，层厚8mm、层间距2mm，用自旋回波(SE)T1 WI(TR/TE=500/30)，T2 WI(TR/TE=2800/120)序列进行扫描，场回波(FE)(TR/TE=300/16)序列进行扫描，均行矢状位及轴位扫描。

二、结果

1.髓内肿瘤：①髓内肿瘤：平扫可见脊髓增粗，肿瘤实质为髓内、在T1 WI呈略低信号在T2WI呈高信号、肿瘤上、下界边缘均较清楚、增强扫描、肿瘤实质部分增强。②星形细胞瘤：仅次于室管膜瘤、占髓内肿瘤的第二位。平扫脊髓增粗，沿脊髓长轴生长，信号不均匀，周围有水肿，边界较不清楚。在T1 WI呈不均匀低信号，在T2 WI呈不均匀高信号。增强后瘤呈片状或条索状增强、多偏于脊髓一侧。

2.髓外肿瘤：①脊膜瘤：边界清楚，呈膨胀性生长，位于脊髓前或后方，脊髓受压变形，脊髓向对侧移位，蛛网膜下腔变窄，肿瘤对侧硬膜外脂肪间隙消失或变窄。肿瘤在T WI呈低信号，在T WI呈高信号。增强扫描，脊膜瘤明显强化。②神经鞘瘤及神经纤维瘤为偏一侧的柱状或圆形，边界清楚，脊髓明显受压，在神经鞘瘤与脊髓之间可见一条线样黑缝影。神经纤维瘤有些穿过椎间孔向椎旁生长而呈哑铃形，邻近椎体骨质受压吸收。肿

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯大学临床医学院放射科